

Artigo Original

DOI: [dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i1p54-99](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i1p54-99)

Florian Kastler¹

LA CONVENTION CADRE POUR LA LUTTE ANTITABAC, DIX ANS APRES: LA FONCTION NORMATIVE DE L'OMS A LA RESCOURSSE DE LA SANTE MONDIALE?

The Framework Convention on Tobacco Control, ten years later: the regulatory function of OMS to the rescue of global health?

¹ Université Paris Descartes-Sorbonne. Paris, France.

Correspondência: Florian Kastler. *E-mail*: florian.kastler@gmail.com.

Recebido em: 29/06/2015. Aprovado em: 03/08/2015.

RESUME

Alors qu'au moment de son entrée en vigueur en 2005 la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) était perçue comme un instrument juridique contraignant en santé, novateur et de portée internationale, dix ans après, un premier bilan de sa mise en œuvre est ici envisagé. Considérée comme symptomatique de la fonction normative forte de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui en est l'hôte en application de l'article 19 de sa Constitution, cette Convention a pu susciter une volonté d'en faire un exemple à suivre dans la mise en place de nouveaux instruments juridiques de santé mondiale. Après une analyse sur l'influence de cette Convention sur les systèmes juridiques nationaux et l'impact sur la santé des individus, cet article vise à étudier les éléments qui ont permis son adoption ainsi que les difficultés persistantes dans sa mise en œuvre. Ce bilan permet de constater que si les résultats pour la lutte contre le tabagisme sont prometteurs, des leçons sont à tirer de l'expérience de la CCLAT: d'une part, afin d'améliorer le système de surveillance et de suivi de la mise en œuvre de la Convention et, d'autre part, afin d'envisager de nouveaux instruments ambitieux dans d'autres domaines de la santé. Il apparaît notamment que ces instruments devront être adaptés aux contextes particuliers de chaque enjeu de santé représenté. Plus généralement, dans un contexte de réforme, ce bilan démontre que l'utilisation pertinente de la fonction normative apporte une réponse aux critiques faites à l'encontre de l'OMS et qui remettent en cause sa légitimité et sa crédibilité en tant qu'institution spécialisée de la santé mondiale.

Mots-Cles

Convention cadre pour la lutte antitabac; Efficacité; Fonction Normative; Organisation mondiale de la santé; Santé Mondiale.

ABSTRACT

This article analyzes the implementation of the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ten years after its entry into force in 2005, when it was received as a binding legal healthy, innovative and international, instrument. Considered as a symptom of the strong normative function of the World Health Organization (WHO), in accordance with Article 19 of its Constitution, the FCTC could respond to the expectation to become an example to be followed in the creation of new legal instruments of global health. After analyzing the influence of the Convention in national legal systems and its impact on the health of individuals, this article examines the elements that contributed to its approval and the continuing difficulties for its implementation. The analysis shows that if the results in the fight against smoking are promising, based on the experience of the FCTC, some lessons were learned: first, to improve the monitoring and control system to implement the Convention; and second, to consider new ambitious instruments in other areas of health. It seems that these instruments should be adapted to the specific contexts of each health challenge. More generally, in the context of reform, this article demonstrates that the proper use of the normative function offers a response to the criticism being made to WHO, questioning its legitimacy and credibility as an institution focused on global health.

Keywords :

Efficacy; Framework Convention on Tobacco Control; Global Health; Normative Function; World Health Organization.

La CCLAT n'est pas une convention ordinaire, elle représente potentiellement un mouvement pour la santé publique

Harlem Gro Brundtland¹

Cette déclaration de la Directrice Générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Harlem Gro Brundtland en 1999 au début des négociations en vue de l'adoption de la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT²) est représentative des attentes et de l'espoir qui ont été associés à cet instrument juridique international pour l'avenir de l'OMS.

Créée en 1948, à la sortie de la seconde guerre mondiale, après un mouvement institutionnel en faveur d'une coopération et d'une coordination internationale en matière d'hygiène apparu dès 1850³, l'OMS est l'institution spécialisée de santé du système des Nations Unies. Organisation intergouvernementale disposant d'un certain degré d'indépendance à l'égard de l'Organisation des Nations Unies (ONU) grâce à son autonomie administrative et financière⁴, elle dispose d'un mandat international ambitieux. Ainsi, la Constitution de l'OMS dispose que l'Organisation a pour objectif "d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible"⁵ et précise que "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"⁶. Le préambule de la Constitution sert de source également à la reconnaissance *a posteriori* d'un droit à la santé en considérant que "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale"⁷.

Par ailleurs, afin d'atteindre cet objectif étendu, des fonctions importantes lui ont été confiées⁸, en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international. Si la liste des 22 fonctions

¹Directrice Générale de l'Organisation mondiale de la santé, 1999.

²ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)*. Disponible en: <http://www.who.int/fctc/text_download/fr/>. Accès: Juin 06, 2016.

³La première Conférence Sanitaire Internationale a lieu à Paris en réponse aux épidémies de choléra de 1830 et 1847. En 1907, est créé à Paris l'Office international d'Hygiène publique doté d'un secrétariat permanent et d'un comité permanent (voir en ce sens: OMS, Les premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1958 (HOWARD-JONES Norman. The scientific background of the International Sanitary Conferences. History of international public health. *WHO Chronicle*, n. 1, 1974).

⁴BERTHET, Etienne. L'Organisation mondiale de la Santé. *Etudes*, t 313, p. 53-68, avr. 1962.

⁵Article 1^{er} de la Constitution de l'OMS, 1948. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de L'organisation mondiale de la sante*. Disponible en: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Accès: Juin 02 2016.

⁶Id. Ibid.

⁷Id. Ibid.

⁸La classification communément admise est la suivante : une fonction normative et de standardisation (paragraphes h, k, s, t, u et v); une fonction de recherche (paragraphes i, j et n); une fonction de formation (paragraphes o et p); une fonction d'information (paragraphes b, e, f, r, et q); et une fonction opérationnelle (paragraphes c, d, g, l et m). Article 2^{ème} de la Constitution. Id. Ibid.

énoncées à l'article 2 est confuse⁹, il apparaît clairement qu'une fonction normative permet à l'OMS de "(k) proposer des conventions, accords et règlements, faire des recommandations concernant les questions internationales de santé et exécuter telles tâches pouvant être assignées de ce fait à l'Organisation et répondant à son but"¹⁰. Ce choix d'une définition de la santé étendue et positive¹¹ couplée à cette compétence à adopter des normes internationales en matière de santé confèrent au mandat de cette organisation "une dimension très vaste"¹².

La CCLAT s'inscrit dans ce cadre juridique. Adoptée en 2003 et définitivement entrée en vigueur le 27 février 2005¹³, elle comporte aujourd'hui 179 Etats parties à la Convention – dont le Brésil signataire dès son adoption à l'OMS¹⁴ – et l'Union Européenne (UE) ce qui représente environ 90% de la population mondiale¹⁵. Le processus engagé en 1996 sous l'égide de Brundtlanda démontré sa volonté sans relâche, d'adopter un instrument juridique contraignant en matière de lutte antitabac.

Alors que le 27 février 2015, la CCLAT fêtait ses dix ans, quel bilan peut-on tirer de cette expérience pour la santé mondiale, en particulier en matière de lutte antitabac? L'instrument juridique est-il le bon vecteur du changement des comportements citoyens? La norme internationale permet-elle l'accomplissement du droit à la santé? La fonction normative de l'OMS s'avère-t-elle être un outil utile, performant et pertinent de santé mondiale? Ce bilan relatif à l'efficacité de cet instrument est nécessaire car il est symptomatique, plus généralement, de l'utilité de l'action normative internationale alors que l'OMS est en pleine réforme. Engagée depuis 2010 dans ce processus de réforme, l'OMS fait face à des choix d'orientations pour le futur de l'institution et de la gouvernance de santé mondiale¹⁶. Ainsi, la question du rôle de l'OMS à l'avenir est soulevée entre une organisation scientifique et technique, dont la crédibilité est affectée, et une organisation politique et normative, dont la légitimité est affaiblie.

La CCLAT apparaît, d'abord, comme un instrument juridique contraignant et novateur d'une fonction normative théoriquement forte et de portée internationale.

⁹BURCI, Gian Luca; VIGNES, Charles-Henri. *The World Health Organization*. Kluwer Law International, 2004. p.119. Cette liste mal ordonnée serait la conséquence de compromis durant la phase de négociation de l'OMS.

¹⁰ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de L'organisation mondiale de la sante*, cit.

¹¹MORELLE Aquilino; TABUTEAU, Didier. *La santé publique*. Paris: PUF, 2015.p. X (Que sais-je?). Les auteurs estiment qu' "à l'opposé de cette approche 'négative', l'OMS a officiellement défini, de façon 'positive' et même 'positiviste'".

¹²MONDIELLI, Eric. Étude 135: Organisations Internationales. *Lamy Droit de la Santé*, t. 1, p. 135-175, 2012.

¹³C'est à cette date que le nombre de 40 signatures a été obtenu afin de permettre l'entrée en vigueur de la CCLAT.

¹⁴Le Brésil a fait partie des premiers pays signataires de la CCLAT le 16 Juin 2003.

¹⁵NIKOGOSIAN, Haik; SILVA Vera Luiza da Costa e. WHO's first global health treaty: 10 years in force. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 93, p. 211, Janv. 2015. Disponible en: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/93/4/15-154823/en/>>. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.15482>.

¹⁶OMS. *Reforme de l'OMS: vue d'ensemble de la mise en oeuvre de la reforme*. Rapport du Directeur general, A68/4, 8 mai 2015.

Ensuite, il s'agit d'analyser la pertinence à reproduire ces efforts internationaux pour d'autres instruments juridiques en se servant de l'expérience de la CCLAT comme un exemple à suivre pour la santé mondiale.

I. La CCLAT: un instrument juridique contraignant et novateur

L'analyse de l'efficacité de cet instrument international, impose de rappeler qu'il trouve sa source dans la compétence constitutionnelle de l'OMS, par le biais de sa fonction normative importante. Par ailleurs, la CCLAT est un instrument novateur, sous l'égide de l'OMS et de portée internationale dans le domaine de la santé, symptomatique d'un mouvement normatif enclenché au début des années 2000.

1. Un instrument contraignant, reflet d'une fonction normative importante

Combinés à l'article 2 (k) de la Constitution, les articles 19 à 23 confèrent à l'OMS la compétence d'adopter des conventions ou accords, des règlements et des recommandations. Selon la catégorisation traditionnelle en droit international public, ces instruments juridiques sont dit contraignants¹⁷ ou *hard law* (conventions ou accords et règlements) ou non contraignants¹⁸ ou *soft law* (recommandations, standards, principes directeurs, guidelines, stratégies). En d'autres termes, les instruments contraignants, une fois adoptés, ont force contraignante c'est-à-dire qu'ils intègrent des obligations qui s'imposent aux Etats signataires. A la différence des instruments non contraignants qui ne prévoient simplement en général que des aspirations soumises à aucune obligation contraignante.

L'OMS dispose donc d'une aptitude à la confection d'actes juridiques dans son domaine de compétence¹⁹ en tant que pouvoirs substantiels²⁰, "en créant, par leurs engagements de nouveaux droits et obligations"²¹. Ce pouvoir de conclure des traités ou de contribuer à la conclusion de traités est affirmé par l'article 6 de la Convention de Vienne (1986) qui dispose que "la capacité d'une organisation internationale de conclure des traités est régie par les règles de cette organisation"²².

¹⁷DEHAUSSY, Jacques; ASCENSIO, Hervé. Actes unilatéraux et action normative des organisations internationales. *JurisClasseur droit international*, fasc. 14, p.19, §.38, 2008. Plusieurs expressions peuvent être utilisées dont "les décisions normatives ayant un caractère obligatoire".

¹⁸Id. *Ibid.*, p.19-20, § 38-39. Plusieurs expressions peuvent être utilisées: "les décisions normatives n'ayant pas de caractère obligatoire".

¹⁹COMBACAU Jean; SUR Serge. *Droit international public*. 4. ed. Paris: LGDJ, 1999. p. 715. (Domat Collection). p. 715.

²⁰Id. *Ibid.*

²¹COMBACAU Jean; SUR Serge. *Droit international public*. 10. ed. Paris: Montchrestien-Lextenso, 2012. p. 312-313. (Domat Collection).

²²NATIONS UNIES. *Convention de Vienne sur le droit des traités entre Etats et organisations internationales ou entre organisations internationales (1986)*. Disponible en: <http://legal.un.org/ilc/texts/instruments/french/conventions/1_2_1986.pdf>. Accès: Juin 06, 2016.

A ce titre, l'article 19 de la Constitution dispose que l'Autorité mondiale de la santé (AMS) a autorité pour adopter des conventions ou accords se rapportant "à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation"²³, suivant le principe de spécialité des organisations internationales. Par ailleurs, au nom de la souveraineté westphalienne des Etats, un acte conventionnel international ne peut être imposé aux Etats. La majorité des deux tiers de l'AMS est ainsi requise. Ces conventions entreront en vigueur lorsque chaque Etat les aura acceptées conformément à ses règles constitutionnelles. L'article 20 impose à chaque Etat Membre une obligation d'action par laquelle il s'engage, dans un délai de dix-huit mois après adoption, à présenter l'instrument devant les institutions nationales compétentes. La Constitution prévoit également une obligation de notification motivée de sa décision, positive ou négative, au Directeur Général. Enfin, en cas d'acceptation, chaque Etat Membre doit adresser un rapport annuel au Directeur Général.

Ainsi, la fonction permettant à l'OMS d'adopter des conventions ou accords est un pouvoir conventionnel reconnu par le droit des traités conféré aux organisations internationales qui s'inscrit plus largement dans le droit des organisations internationales et qui peut être qualifié de "législation conventionnelle internationale"²⁴. Ce pouvoir est fondé sur le consentement des Etats Membres qui demeurent toujours libres de ratifier ou de ne pas ratifier les conventions adoptées par l'OMS²⁵. Toutefois, il y a eu une volonté de la part des rédacteurs de la Constitution d'aller au-delà de ce pouvoir conventionnel traditionnel en imposant la ratification de l'instrument adopté par l'OMS par les Etats Membres. En effet, à l'origine, a été proposé par la commission technique préparatoire de confier aux délégués membres de l'Assemblée mondiale de la santé le pouvoir de signer directement les conventions internationales au nom de leur gouvernement respectif sans qu'il y ait besoin de ratification ou d'adoption de chaque Etat Membre²⁶. Néanmoins cette proposition, qui aurait conféré, selon ses détracteurs, un pouvoir législatif trop important à l'OMS²⁷, n'a pas été retenue en raison de la crainte des Etats Membres de perdre une part de leur souveraineté. La Constitution maintient donc le principe du consentement découlant du droit des traités. Enfin, aucune disposition relative à l'entrée en vigueur de ces conventions ou accords n'est précisée laissant aux clauses de chaque convention adoptée le soin de les définir. Cela traduit la volonté des rédacteurs de la Constitution de différencier,

²³ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de L'organisation mondiale de la sante*, cit.

²⁴DEHAUSSY, Jacques. Travaux de la Commission du droit international des Nations Unies. *Annuaire français de droit international*, v. 9, 1963, p. 594-611, 1963. p. 608: "La notion de 'législation conventionnelle internationale', c'est-à-dire d'un ensemble de normes formulées par une autorité internationale mais applicables seulement en vertu des actes par lesquels les autorités étatiques admettent et ordonnent que ces normes règlent les rapports internationaux de leurs ressortissants sur une base de réciprocité".

²⁵MERLE Marcel. Le pouvoir réglementaire des institutions internationales. *Annuaire Français de Droit International*, v. 4, n. 1, p. 342, 1958.

²⁶ALEXANDROWICZ, Charles Henry. *Law-making functions of the United Nations Specialized Agencies*. Sydney: Angus and Robertson; Association with the Australian Institute of International Affairs, 1973. p. 50.

²⁷Id. Ibid.

les traités et les conventions, des règlements prévus à l'article 21 dont l'entrée en vigueur est imposée dès leur adoption par l'AMS.

De même, selon l'article 21²⁸, l'AMS a autorité pour adopter des règlements concernant notamment des mesures sanitaires et de quarantaines ou toutes autres procédures destinées à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre. Selon l'article 22, les règlements adoptés entreront en vigueur pour tous les Etats Membres après leur adoption, à la majorité simple de l'AMS, dument notifiée exception faite des Membres qui pourraient faire connaître au Directeur Général, qu'ils refusent ou font des réserves à leur sujet. Par conséquent, ce pouvoir conféré à l'OMS peut être qualifié d'exceptionnel²⁹ car il permet à celle-ci d'adopter un règlement à la majorité simple (article 60 de la Constitution) qui sera ensuite contraignant pour l'ensemble des Etats Membres sauf si ceux-ci décident, par un acte de notification, de refuser son application ou s'ils émettent des réserves.

Enfin, selon l'article 23, l'AMS a autorité pour faire des recommandations aux Etats Membres en ce qui concerne toute question entrant dans la compétence de l'OMS. Selon *Burci et Vignes*, il existe trois catégories de recommandations et de standards³⁰ : (a) les recommandations qui sont adoptées par l'AMS ou par le conseil exécutif dans les limites de ses fonctions constitutionnelles, (b) les standards ou recommandations qui sont développés par le Secrétariat sur la base d'une autorité confiée par les organes mais qui ne nécessitera pas l'approbation de ces derniers et (c) la multitude de standards qui sont développés par des comités d'experts convoqués par le Secrétariat et qui seront publiés par l'OMS sans approbation formelle de cette dernière. Par ailleurs, certaines recommandations demandent aux Etats d'adopter des mesures sanitaires et d'autres prévoient des normes, des principes directeurs ou des codes de conduite³¹ afin de proposer aux Etats de les intégrer dans leur législation nationale. Les recommandations n'ont pas de force contraignante, leur valeur juridique est comparable à celui d'un simple avis³² et n'ont donc pas d'application directe dans les législations des Etats Membres. Elles sont ainsi perçues comme un instrument de collaboration entre l'organisation et ses Membres³³.

²⁸L'article 21 a été appliqué dès la création de l'OMS avec l'adoption du Règlement N° 1 relatif à la Nomenclature (y compris l'établissement et la publication de statistiques) concernant les maladies et causes de décès. Puis avec la révision du Règlement Sanitaire international en 2005 (RSI 2005) qui a élargi son champ d'application afin de "prévenir la propagation internationale des maladies, [...] en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux".

²⁹BURCI, Gian Luca; VIGNES, Charles-Henri. op. cit., p.132.

³⁰Id. Ibid., p.142.

³¹Le premier code international adopté par l'OMS en 1981 concernait la commercialisation des substituts du lait maternel.

³²MONDIELLI, Eric. La prise en compte des normes OMS par le droit français. Actes du Colloques "Cinquante-naire de l'OMS", CERDES-AFDS. *Revue Général de Droit Médical*, n. 1, p. 88, 1999.

³³VIRALLY Michel. La valeur juridique des recommandations des organisations internationales. *Annuaire français de droit international*, v. 2, p. 66-96, 1956. Disponible en: <http://www.persee.fr/doc/afdi_0066-3085_1956_num_2_1_1226>. Accès: Juin 01, 2016.

Elles peuvent, cependant, être considérées comme un “premier pas” en vue de l’adoption d’un instrument contraignant.

Pour finir, cette capacité à adopter des actes juridiques dispose d’une possibilité d’extension à l’article 2 (v) de la Constitution qui précise que l’OMS peut “d’une manière générale, prendre toute mesure nécessaire pour atteindre le but assigné à l’Organisation”. Ainsi, comme cela a été confirmé par le Préambule 11 de la Convention de 1986, l’OMS dispose d’une capacité étendue à adopter des actes juridiques qui est expressément prévue par sa Constitution mais qui est limitée par son caractère fonctionnel³⁴: la mesure doit être nécessaire afin d’atteindre le but de l’Organisation. Toutefois, au vu du large champ d’application de la définition de la santé retenue par sa Constitution, ce pouvoir apparaît, pour certains, comme sans limite³⁵ même si la Cour internationale de justice a rappelé à plusieurs reprises le principe de spécialité des organisations internationales en particulier à l’égard de l’OMS³⁶.

Dès lors, le contenu de la fonction normative est considéré par les observateurs comme extraordinaire, remarquable³⁷ et exclusif³⁸. En effet, la fonction normative a la particularité d’être très complète dans les formes qu’elle peut revêtir et puissante sur le fond des sujets qu’elle peut traiter. A ce titre, l’adoption de la CCLAT apparaît comme très novatrice et illustre le mouvement normatif suivi par l’OMS au début des années 2000.

2. Un instrument novateur, représentatif d’un mouvement normatif de santé

Plusieurs facteurs illustrent l’originalité dans la mise en œuvre de la CCLAT. En premier lieu, il s’agit du premier traité négocié sous les auspices de l’OMS. Ces négociations ont abouti à la première convention au niveau international adoptée en application de l’article 19 de la Convention de l’OMS. Après plus de dix ans de discussion et une forte volonté de la Directrice Générale de l’époque Gro Brundtland, selon l’article 3, cette Convention a pour objectif ambitieux d’offrir “un cadre pour la mise en œuvre de mesures de lutte antitabac par les Parties aux niveaux national, régional et international, en vue de réduire régulièrement et

³⁴LEWIN André; ANJAK Faez. Principes communs aux organisations internationales – Statut juridique. *Juris-Classeur droit international*, fasc. 112/113, p.5, §10.

³⁵FIDLER, David, The future of the World Health Organization: what role for international law? *Vanderbilt Journal of Transnational Law*, v. 31, p. 1087, 1998.

³⁶Avis Consultatif du 11 avril 1949 de la Cour internationale de justice (CIJ), *Réparation des dommages subis au service des Nations Unies*, C.I. J. Recueil 1949, et Avis Consultatif de la CIJ, *Licéité de l’utilisation des armes nucléaires par un Etat dans un conflit armé*, C.I. J. Recueil 1996.

³⁷TAYLOR, Allyn. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health. *Am J Law Med*, v. 18, n. 4, p. 301–346, 1992. GOSTIN, Lawrence. Meeting basic survival needs of the world’s least healthy people towards a framework convention on global health. Georgetown University. O’Neill Institute for national and Global Health Law Scholarship. Research paper n. 1, 2007. *The Georgetown Law Journal*, v. 96, n. 2, 2008. Disponible en: <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=fac_lectures>. Accès: Juin 01, 2016.

³⁸BEIGBEDER, Yves. *L’OMS en péril*. Paris: Éd. de Santé, 2011. p. 26. (Coll. Balises).

notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac"³⁹. Ainsi, l'approche traditionnelle de la convention-cadre, utilisée au niveau international dans d'autres domaines⁴⁰, a pour but d'adopter un cadre d'objectifs étendus puis, dans un second temps, d'adopter des protocoles séparés contenant des mesures spécifiques permettant la mise en œuvre de ces objectifs⁴¹. La CCLAT est un traité fondé sur des données factuelles et scientifiques, qui réaffirme "le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible"⁴². Par ailleurs, dès le premier alinéa du Préambule, la Convention dispose que "Les parties [...] résolues à donner la priorité à leur droit de protéger la santé publique"⁴³ réaffirmant ainsi la santé au cœur des enjeux mondiaux.

Pour fonctionner, la CCLAT a mis en place une Conférence des Parties, organe directeur, qui se réunit tous les deux ans et est composée de l'ensemble des Parties à la Convention. Elle a pour objectif d'examiner régulièrement l'application de la Convention et prend les décisions nécessaires pour en promouvoir la mise en œuvre efficace. A ce titre, elle peut adopter des protocoles, des annexes et des amendements à la Convention. Comme pour toute convention internationale, la Conférence des Parties est assistée par un Secrétariat, qui s'occupe au quotidien du suivi de la CCLAT. Enfin, et cela joue un rôle primordiale dans le fonctionnement de la CCLAT, des directives d'applications peuvent être adoptées afin de préciser et d'interpréter les articles de la CCLAT. Actuellement, il existe des directives pour l'application des articles 5.3, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14.

Cette Convention représente "une évolution fondamentale"⁴⁴ non seulement dans la forme de l'instrument utilisé mais également dans les dispositions prévues qui affirment l'importance des stratégies de réduction de la demande au même titre que de réduction de l'offre. Plus précisément, les dispositions fondamentales de la convention visant à réduire la demande de tabac sont prévues aux articles 6 à 14 en particulier les mesures financières ou fiscales, contre l'exposition à la fumée du tabac, relatives à la composition des produits du tabac, au conditionnement et à l'étiquetage, à la publicité ou à la sensibilisation du public. De même, en matière de réduction de l'offre, sont prévues des dispositions relatives au commerce illicite des produits du tabac, la vente aux mineurs et par les mineurs et la fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables.

³⁹ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)*, cit.

⁴⁰LIBERMAN, Jonathan. The power of the WHO FCTC: understanding its legal status and weight. In: MITCHELL, Andrew; VOON, Tania (Eds.). *The global epidemic and the law*. UK: Edward Elgar, 2014.

⁴¹TAYLOR, Allyn. An international regulatory strategy for global tobacco control. *Yale Journal of International Law*, v. 21, n. 2, p. 257-304, 1996. L'intérêt selon Taylor est de pouvoir garantir un consensus politique et une action significative pour lutter contre le tabagisme que tout autre forme d'instrument contraignant.

⁴²"Avant-propos" de la Convention cadre pour la lutte antitabac (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)*, cit.).

⁴³Id. Ibid.

⁴⁴Id. Ibid.

En deuxième lieu, témoin de l'engouement pour cette Convention au niveau international, au moment de la fermeture à la signature, le traité avait été signé par 168 Etats Membres, dont l'UE, soit un nombre sans précédent dans toute l'histoire de l'ONU: jamais une convention internationale n'avait été signée aussi rapidement par autant de pays. Depuis la fermeture à la signature⁴⁵, le nombre total d'Etats parties à la convention atteint 180, dont l'UE couvrant près de 90% de la population. Cette universalité d'adhésion à la Convention illustre la reconnaissance de cet instrument au niveau international et renforce davantage sa légitimité normative.

Dès lors, si cet instrument est une "convention-cadre" qui a pour but d'offrir un cadre de mise en œuvre des mesures proposées, la précision des dispositions prévues permet, en théorie, aux Etats parties, s'ils le souhaitent, de disposer d'un arsenal juridique garantissant, s'il est appliqué, une réduction de la prévalence du tabagisme. En d'autres termes, il repose sur la volonté des Etats de mettre en œuvre ces dispositions ou de les "adapter" selon le langage diplomatique adéquat. Le cadre juridique ainsi proposé par la Convention, renforcé par l'universalité de son adhésion par les Etats, fait de cette dernière une "véritable"⁴⁶ convention internationale prête à être appliquée au niveau national.

Plus largement, l'adoption de la CCLAT a été symptomatique d'un "mouvement" de la part de l'OMS en faveur de l'adoption d'instruments juridiques, en particulier, contraignants. Ainsi, après l'adoption de la CCLAT, l'OMS a révisé la Réglementation sanitaire international (RSI, 2005), qui a force obligatoire ayant pour but de "prévenir la propagation internationale des maladies, [...] en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux". Cet instrument est le fruit de la coopération historique en matière de risques sanitaires mondiaux avant même la création de l'OMS qui prévoit des mesures de notification, de restrictions et de quarantaines. Ainsi, d'une force contraignante quasi inexistante avec un RSI d'application limitée et une multiplication d'instruments non contraignants à l'origine, l'OMS a cherché à renforcer son rôle en développant des instruments contraignants tout en maintenant le développement de codes de pratique non contraignants⁴⁷. Ce changement de paradigme n'est pas anodin, et pour certains observateurs⁴⁸, il correspond à la fin de la Guerre Froide ce qui a permis une coopération internationale plus accrue et facilité les échanges entre les Etats. De même, le développement d'une économie mondialisée a fait tomber les barrières du commerce et accentuer

⁴⁵Depuis la fermeture à la signature, les autres pays peuvent encore devenir partis à la Convention par adhésion, en un processus d'une seule étape équivalant à la ratification.

⁴⁶LIBERMAN, Jonathan. The power of the WHO FCTC: understanding its legal status and weight, cit. "Le traité n'attend de futur protocole pour être réel. Il est déjà un instrument puissant et juridiquement contraignant de droit international".

⁴⁷Ainsi, en 2010, l'OMS a adopté le *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*.

⁴⁸MEIER, Benjamin. *The highest attainable standard: the World Health Organization, Global Health Governance, and the Contentious Politics of Human Rights*. Columbia University, 2009.

les échanges. A ce titre, la communauté internationale a dû apporter une réponse internationale adéquate aux problèmes sanitaires transnationaux.

Ces différents éléments ont pu susciter de l'enthousiasme chez certains auteurs quant à la volonté de l'OMS de développer davantage sa fonction normative en particulier contraignante. Ainsi, *Taylor* estimait en 2013 que "les mécanismes de l'OMS permettant de légiférer au niveau international de l'OMS faisaient l'objet d'une attention sans précédent dans les débats récents afin d'en faire une fonction prioritaire dans le futur"⁴⁹. L'auteure constatait un "large consensus en faveur d'un rôle central de créateur de droit dans le cadre d'une Organisation réformée"⁵⁰. Cette réflexion se fondait notamment sur l'adoption d'un Code de pratique de recrutement de professionnel de santé en 2011 et du Protocole⁵¹ pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Par ailleurs, de nombreux appels au développement de nouveaux instruments juridiques dans divers domaines de la santé ont été lancés.

Dès lors, cet engouement pour la fonction normative de l'OMS au début des années 2000 soulève la question, après 10 ans de mise en œuvre, de l'efficacité de la CCLAT et de l'intérêt à en faire un modèle juridique pour les futures traités de santé mondiale en tirant les leçons de cette expérience.

II. La CCLAT: un modèle efficace, des difficultés et un contexte particulier

Depuis la mise en œuvre de la CCLAT, on observe des changements dans les législations nationales et des résultats pour la santé probants. Toutefois des difficultés persistent qui sont symptomatiques des difficultés de l'OMS. De même, les conditions favorables et particulières de mise en œuvre rendent de la CCLAT difficile de tirer des leçons pour des instruments juridiques internationaux futurs.

1. Des changements juridiques et des résultats en santé probants

La réussite ou non de la CCLAT s'analyse par son efficacité, c'est-à-dire dans sa capacité à obtenir des résultats sanitaires en matière de tabagisme en vue d'atteindre son objectif de proposer un cadre juridique afin de lutter contre le tabagisme. Deux facteurs principaux permettent d'évaluer une telle réussite.

⁴⁹TAYLOR, Allyn et al. Leveraging non-binding instruments for global health governance: reflections from the Global AIDS reporting mechanism for WHO reform, *Public Health*, v.128, n. 2, p. 151-160, Febr. 2014. Disponible en: <http://ac.els-cdn.com/S0033350613002928/1-s2.0-S0033350613002928-main.pdf?_tid=5447b0be-0337-11e6-91cc-00000aacb361&acdnat=1460744865_d02db999fd7259bdb00a-41f84ef19304>. 10.1016/j.puhe.2013.08.022>.

⁵⁰Id. Ibid.

⁵¹La notion de "Convention-cadre" prévoit la possibilité par la suite pour les Etats parties à la CCLAT d'adopter des protocoles spécifiques à des enjeux juridiques particuliers conformément à l'article 33 de la Convention. Toutefois, seules les Parties à la Convention peuvent être Parties à un protocole. Les protocoles à la Convention n'ont force obligatoire que pour les Parties aux protocoles en question.

D'abord, en matière conventionnelle au niveau international, l'adoption ainsi que la ratification d'un traité ne détermine pas la mise en œuvre des dispositions prévues. Ainsi, il est tout à fait envisageable que la CCLAT soit adoptée puis ratifiée par un Etat Membre mais que sa mise en application au sein du système national juridique ne soit pas achevée, souvent en raison de l'absence de décrets exécutifs ou administratifs d'application. Dans le cas de la CCLAT, des chiffres détaillés mais pas toujours précis font état de cette mise en œuvre. A ce titre, le rapport relatif au 10^{ème} anniversaire de la CCLAT pour la lutte antitabac intitulé "Sauve des vies depuis dix ans", estime qu'en 10 ans d'existence la CCLAT a réussi à maintenir la lutte contre le tabagisme comme priorité de l'agenda mondial tout en sauvant des vies et améliorant la santé mondiale⁵².

Plus précisément, en terme de mise en œuvre nationale, basé sur les 135 rapports Etats Membres transmis au Secrétariat sur 168 censés en présenter un (soit 80%⁵³), le taux global de mise en œuvre de la Convention était de 54% en 2014⁵⁴. Toutefois, ce taux varie en fonction des nouveaux adhérents qui peuvent faire baisser le taux global: d'après le rapport biennal publié en 2013 sur les progrès mondiaux réalisés en 2012 dans la mise en œuvre de la CCLAT, l'OMS estimait que "globalement, le taux moyen de mise en œuvre des dispositions du traité figurant dans tous les articles de fond a progressé de 4 points de pourcentage, passant de 52 % en 2010 à 56 % en 2012"⁵⁵. Par ailleurs, les taux de mise en œuvre varient d'un article à l'autre. Ainsi, le taux atteint 13% pour l'article 17 (fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables) et 84% pour l'article 8 (protection contre l'exposition à la fumée du tabac)⁵⁶. Un site a été mis en place afin de connaître le niveau de mise en œuvre article par article de la CCLAT dans les pays ayant ratifiés la Convention⁵⁷.

De façon globale, l'OMS estime que 80% des Etats Membres ont renforcé ou adopté de nouvelles législations pour la lutte antitabac après ratification de la Convention. Par exemple, le prix moyen d'un paquet de cigarette a augmenté de près de 150% dans les cinq dernières années. De même, si en 2005 seulement cinq Etats avaient adopté une interdiction générale de fumer dans les lieux publics, les lieux de travail et les transports publics, ils sont 48 en 2014. Enfin, un dernier exemple: en 2005 seulement

⁵²WHO. *10th Anniversary of the WHO Framework Convention on Tobacco Control – Saving Lives for a decade*, 2015. p. 2.

⁵³NIKOGOSIAN, Haik; SILVA Vera Luiza da Costa e. WHO's first global health treaty: 10 years in force, cit., p. 211.

⁵⁴OMS. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac: résumé – Rapport du Secrétariat de la Convention*, FCTC/COP/6/5, 25 Juin 2014. p. 2.

⁵⁵OMS. *Rapport sur les progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. 2013. p. 7. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79620/1/9789242504651_fre.pdf>. Accès: Juin 01, 2016.

⁵⁶WHO. *10th Anniversary of the WHO Framework Convention on Tobacco Control – Saving Lives for a decade*, cit. p. 3.

⁵⁷OMS. *Implementation Database*. Disponible en: <<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>>. Accès: Juin 01, 2016.

six Etats imposaient des avertissements imagés couvrant au moins 50% du paquet, ils sont 43 en 2014. Peu d'études indépendantes existent en la matière. Ainsi, une étude réalisée en 2013 démontre que "51 sur 161 Etats partis et l'UE ont intégré la CCLAT dans leur objectifs législatifs, définition et/ou dispositions de la législation ou politiques pour lutter contre le tabac"⁵⁸. Par ailleurs, seules trois études ont été réalisées concernant l'impact de la Convention sur les systèmes juridiques. Elles démontrent qu'il y a eu une influence sur les politiques nationales car la Convention a permis une adoption plus rapidement de mesures fortes pour lutter contre le tabac⁵⁹.

Dans la région du *Regional Office for the Americas/Pan-American Health Organization* (AMRO/PAHO) de l'OMS, 30 pays sur 35 ont ratifié la CCLAT⁶⁰. On notera les efforts particuliers du Brésil qui fait partie, avec le Canada, le Chili, le Panama et l'Uruguay, des cinq pays les plus avancés afin d'atteindre, le plus rapidement, une mise en œuvre complète de la CCLAT⁶¹. Le rapport se félicitait de ses avancées alors que la plus part des pays sont confrontés à une opposition active de l'industrie du tabac en particulier devant la justice.

Ainsi, la prise en compte de la Convention au sein des juridictions est un autre facteur de réussite de cette dernière. Or, selon *Liberman*, il y a une vague de contentieux dans lesquels les dispositions de la CCLAT sont attaquées, aussi bien devant les cours nationales qu'internationales. La CCLAT joue ainsi un double rôle. D'une part, elle sert de source de normes et offre un cadre juridique qui fonde les actions juridiques des individus ou des Etats lésés. D'autre part, la compétence d'édicter des directives pour l'application d'articles de la CCLAT sert de source d'interprétation pour les juges nationaux et internationaux dans la formation de la décision juridique.

Au niveau national, la CCLAT est en train de démontrer son poids en tant que source d'obligations juridiques et d'instrument d'évidence scientifique de l'efficacité des mesures attaquées⁶². Ainsi, en 2012, au moins 26 Etats avaient référencé la CCLAT d'une manière ou d'une autre dont le Canada (2007), Israël (2006), le Pérou (2011), la Norvège (2012) et l'Afrique du Sud (2012)⁶³. Au niveau international

⁵⁸MUGGLI, Monique et al. Tracking the relevance of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in legislation and litigation through the online resource, Tobacco Control Laws. *Tobacco Control*, n. 23, p. 457-460, 2014. Disponible en: <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/5/457.full.pdf+html?sid=b3b11949-bc6b-4c2d-8358-5e2a705e33ef>>. 10.1136/tobaccocontrol-2012-050854.

⁵⁹HOFFMAN, Steven; ROTTINGEN, John-Arne. Assessing the expected impact of global health treaties: evidence from 90 quantitative evaluations. Government, law, and public health practice. *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 1, p. 26-40, Jan. 2015. 10.2105/AJPH.2014.302085.

⁶⁰PAHO/WHO. Tobacco: 10 years fighting a top killer in the Americas, 4 Mars 2007.

⁶¹Id. Ibid.

⁶²LIBERMAN, Jonathan. The WHO Framework Convention on Tobacco Control at 10: its power for global health and development in the 21st century. *Edward Elgar Blog*, août 2014. Disponible en: <<http://elgarblog.com/2014/08/05/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-at-10-its-power-for-global-health-and-development-in-the-21st-century-by-jonathan-liberman/>>. Accès: Juin 01, 2016.

⁶³Pour une analyse détaillée des jugements rendus voir: MUGGLI, Monique et al. Tracking the relevance of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in legislation and litigation through the online resource, Tobacco Control Laws, cit.

également se développe un contentieux relatif à la CCLAT. En particulier devant l'Organisation mondiale du commerce (OMC), où le panel de l'organe de résolution des disputes a fait référence à la CCLAT, pour résoudre un conflit entre l'Indonésie et les Etats-Unis alors même que ces pays ne sont pas partis à la Convention⁶⁴. De même, l'Uruguay⁶⁵ et l'Australie⁶⁶ se fondent sur la CCLAT dans leur argument de défense contre les accusations de l'industrie tabac à l'égard des paquets de cigarette devant le Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements.

Ainsi, la CCLAT devient une norme référente en matière de législation pour lutte contre le tabac au sein des systèmes juridiques. Toutefois, le dernier facteur de réussite est de savoir si le cadre juridique proposé par cet instrument international permet *in fine* d'améliorer la santé publique des populations.

Le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme de 2013 estime que depuis l'adoption de la Convention il y a 10 ans "de progrès considérables ont été accomplis dans le monde en matière de lutte antitabac"⁶⁷. Toutefois, le lien de causalité direct entre la Convention et les bénéfices pour la santé n'est pas évident à démontrer en raison des différents facteurs y afférents. Le rapport biennal de 2013 précisait cependant qu'il "ressort de données comparables que la prévalence du tabagisme continue ou commence à baisser dans plusieurs Parties, en particulier celles qui appliquent des politiques antitabac strictes" tout en précisant que "pour une évaluation plus complète sur ce point, il faudra toutefois disposer de davantage de données comparables, notamment de la part de pays à revenu faible et intermédiaire, et il faut donc améliorer la surveillance et le suivi dans la plupart des Parties"⁶⁸.

Pour le rapport des dix ans, où la comparabilité des données s'est améliorée, la prévalence du tabagisme a augmenté en 2014, par rapport au cycle de notification de 2012⁶⁹. Ainsi, plus des deux tiers des Parties disposant de données comparables ont observé une baisse de plus d'un point de pourcentage de la prévalence du tabagisme chez les adultes et plus de la moitié ont observés le même phénomène chez les jeunes. On peut noter que la prévalence du tabac a baissé de 22% et 25% respectivement en Uruguay et en Turquie en 10 ans.

Si globalement ces chiffres apparaissent encourageants, les difficultés d'identifier véritablement la CCLAT comme cause principale ou incidente de ces

⁶⁴OMC. Etats-Unis. Mesures affectant la production et la vente de cigarettes aux clous de girofle. Affaire DS406, 4 Avr. 2012.

⁶⁵Philip Morris Brand Sàrl c. Uruguay, Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements, No. ARB/10/7, 2 July 2013.

⁶⁶Philip Morris Asia Ltd v The Commonwealth of Australia, Permanent Court of Arbitration, Case No 2012-12, 31 Dec. 2012.

⁶⁷OMS. *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme*, 2013.

⁶⁸OMS. *Rapport sur les progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, cit., p. 69.

⁶⁹OMS. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac: résumé*, cit., p.18.

améliorations de la prévalence de tabagisme démontre l'impossibilité à pouvoir l'affirmer dans l'absolu. A la différence de l'impact de la Convention sur les politiques nationales, aucune étude indépendante n'a été réalisée afin d'identifier l'impact sur la santé. On notera que l'OMS a démontré l'évidence scientifique de l'efficacité de la mise en place de réglementations relatives à la commercialisation et à la publicité du tabac⁷⁰. Toutefois les données scientifiques à un niveau mondial font défaut en grande partie en raison de la difficulté à identifier précisément les différents facteurs présents.

On retiendra que chaque année le tabac tue 6 millions de personnes pour des dommages économiques se montant à plus de 500 milliards de dollars et risque de faire près d'un milliard de victimes durant le siècle à venir si la Convention n'est pas appliquée rapidement. Ainsi, la CCLAT, même s'il est difficile d'identifier de lien direct et absolu, apparaît être un instrument utile et relativement efficace ou, du moins, il n'est pas un instrument inutile et inefficace. Quel est donc le danger réel que d'avoir un tel instrument, qui lorsqu'il est utilisé soit par les politiques publiques soit devant les tribunaux, peut servir de fondement juridique pour défendre le droit à la santé? Il faut rappeler, enfin, la jeunesse de la Convention qui n'a que 10 ans. Or, vu l'ampleur de l'épidémie, seul un combat à long terme permettra de répondre durablement à ce risque sanitaire mondial.

2. Des difficultés identifiées et un contexte particulier

Les dix dernières années de mise en œuvre de la CCLAT offre un recul déjà suffisant pour constater que la CCLAT rencontre des difficultés, qui trouvent leur origine, d'abord, dans la théorie du droit international. A ce titre, la CCLAT en tant qu'acte conventionnel de droit international public apparaît comme un instrument de *hard law*, en raison des obligations contraignantes qu'elle contient. Toutefois, la CCLAT ne prévoit pas un système de mise en œuvre, d'évaluation, de surveillance et de contrôle véritablement efficace.

Est prévue, selon l'article 21, l'obligation de soumettre des rapports périodiques sur la mise en œuvre de la Convention. Un certain nombre d'informations doivent y être précisées dont les mesures législatives, exécutives, administratives ou toutes autres mesures prises pour la mise en œuvre. Chaque Partie doit établir son rapport initial dans les deux années suivant l'entrée en vigueur de la Convention. Après ce rapport initial, les Parties sont tenues de soumettre un rapport tous les deux ans. Ces rapports visent à permettre à chaque Partie de bénéficier de l'expérience des autres et d'examiner les progrès réalisés à l'échelle internationale au sein d'un résumé. Néanmoins, en 2014, le taux de soumission pouvait encore être amélioré

⁷⁰Par exemple, il a été démontré que l'augmentation du prix du paquet de cigarette a un impact sur l'achat et la consommation des populations concernée. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mpower brochure: Raise taxes on tobacco*. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en_tfi_mpower_brochure_r.pdf>. Accès: Juin 01, 2016.

étant de 80% (soit 135 sur 168 Parties censées en présenter un). De même, le contenu de ces rapports ainsi que la comparabilité des données ne permet pas une vision globale pertinente de la mise en œuvre⁷¹. Ainsi, le rapport reconnaît que les deux tiers environ des Parties ont fait état de contraintes ou d'obstacles rencontrés dans la mise en œuvre de la Convention. Ainsi "les défis les plus fréquemment cités étaient les interférences de l'industrie du tabac, suivies par le manque d'appui politique et la faiblesse de la coordination intersectorielle"⁷².

Par ailleurs, il apparaît que le système d'évaluation de ces rapports de situation ne permet pas une véritable prise en compte des demandes et/ou besoins des Parties à la Convention. Certains auteurs regrettent l'absence de volonté d'adopter un système performant de surveillance de mise en œuvre qui existe déjà pour les traités de l'environnement ou dans le domaine des droits de l'homme⁷³. Si les résumés proposés sont relativement informatifs, ils ne permettent pas d'assurer un suivi individualisé des Parties en raison principalement d'un manque de ressource. Il ne s'agit pas d'une critique à l'égard du Secrétariat mais davantage à l'égard du mécanisme prévu par la CCLAT. Afin de garantir un véritable système de mise en œuvre, il faudrait faire appel à un organe indépendant d'évaluation qui pourrait émettre des recommandations individualisées afin de garantir une meilleure application de la CCLAT. Or, les financements conférés par les Parties pour le fonctionnement de la Convention sont en dessous des besoins⁷⁴.

Enfin, la CCLAT est un instrument contraignant de droit international public sans mécanismes de contrainte. Aucune sanction n'est prévue en cas de non application de la convention cadre. Elle est aujourd'hui perçue comme un "instrument sans dent" lui permettant de garantir sa mise en œuvre. Or, à elle seule, l'OMS ne peut pas garantir l'application de la Convention. On regrettera ainsi que certains pays développés ne soient pas parties à la Convention dont notamment les Etats-Unis et la Suisse même si la raison apparaît évidente.

Plus généralement, la CCLAT, malgré les réussites identifiées, souffre des critiques émises à l'encontre de l'OMS. Aujourd'hui, l'OMS est critiqué pour de multiples raisons: d'une part, en matière de crédibilité scientifique et démocratique lié au soupçon de conflits d'intérêts, de mauvaise gestion de crise telle Ebola ou d'absence de prise

⁷¹OMS. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*: résumé, cit., p. 18: "Il est important d'harmoniser les méthodes utilisées pour ces travaux afin d'assurer une meilleure comparabilité des données".

⁷²OMS. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*: résumé, cit., p.8.

⁷³LIBERMAN, Jonathan. Four COPs and counting: achievements, underachievements and looming challenges in the early life of the WHO FCTC Conference of the Parties. *Tobacco control*, v. 21, p. 215-220, 2012. Disponible en: <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/215.full.pdf+html>>. 10.1136/tobaccocontrol-2011-050232.

⁷⁴Id. Ibid.

en compte et d'encadrement des acteurs non étatiques et, d'autre part, en matière de légitimité au sein de la gouvernance de santé mondiale liée à la montée en puissance des acteurs non étatiques en particulier privés. En conséquence, si la CCLAT a pu être adoptée relativement aisément⁷⁵, il apparaît aujourd'hui beaucoup plus compliqué de traduire cet instrument juridique dans des actions efficaces sans ressources financières, sans leadership et sans capacité à adopter les dispositions de la CCLAT à la réalité des différents Etats. Ainsi, le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, qui vise à apporter des dispositions précises en la matière, illustre ces difficultés. En effet, malgré son adoption en 2012, à l'heure actuelle seulement huit Etats l'ont signé sur les 40 signatures nécessaires pour son entrée en vigueur⁷⁶.

Pour finir, il convient de rappeler que la CCLAT a été adoptée dans un contexte particulier et favorable au niveau international. En effet, en sus de la volonté forte de Mme Harlem Gro Brundtland, Directrice Générale à l'époque, la lutte contre le tabagisme a su fédérer un consensus international sur le besoin de réglementation internationale. Cet environnement multifactoriel s'appuyait ainsi (a) sur le fléau sanitaire que représentait le tabagisme; (b) sur l'identification d'un ennemi commun: l'industrie du tabac; (c) sur l'efficacité des mesures pour atteindre l'objectif et (d) sur le développement de politique antitabac au niveau national et régional dont, par exemple, au sein de l'UE. La communauté internationale était ainsi prête à accueillir un tel instrument conventionnel.

Toutefois, l'adoption de la CCLAT a permis d'ouvrir la voie à des discussions doctrinales et institutionnelles relatives à d'autres conventions internationales en matière de santé⁷⁷: alcool⁷⁸, obésité et nutrition⁷⁹, recherche et développement⁸⁰, per-

⁷⁵YACH, Derek. The WHO FCTC at 10: progress has been mixed, *FCTC Opinion*, 2015. Disponible en: <<http://www.fctc.org/fca-news/opinion-pieces/1283-derek-yach>>. Accès: Juin 01, 2016.

⁷⁶Au 20 juin 2015, il y a seulement huit parties signataires sur les quarante nécessaires à son entrée en vigueur automatique. (WHO. *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*. Disponible en: <<http://www.who.int/fctc/protocol/fr/>>. Accès: Juin 01, 2016.).

⁷⁷HOFFMAN, Steven; ROTTINGEN, John-Arne. Assessing the expected impact of global health treaties: evidence from 90 quantitative evaluations. Government, Law, and Public Health Practice, *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 1, p. 26-40, Jan. 2015. 10.2105/AJPH.2014.302085.

⁷⁸RECORD, C. A framework convention on alcohol control. *The Lancet*, v. 370, n. 9593, p. 1102, Déc. 2007. Disponible en: <<http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2807%2961486-X.pdf>>. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61486-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61486-X); SRIDHAR, Devi. Regulate alcohol for global health, *Nature*, v. 482, p. 302, 2012. Disponible en: <<http://www.nature.com/nature/journal/v482/n7385/full/482302a.html>>. 10.1038/482302a; TAYLOR, Allyn; DHILLON, Ibadat. An international legal strategy for alcohol control: not a framework convention—at least not yet. *Addiction*, v. 108, n. 3, p. 450-455, Mar. 2013. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03919.x/epdf>>. 10.1111/j.1360-0443.2012.03919.x.

⁷⁹URGENTLY needed: a framework convention for obesity control (Editorial). *The Lancet*, v.378, n. 9793, p. 741, Août 2011. 10.1016/S0140-6736(11)61356-1; BASU, S. Should we propose a global nutrition treaty? 2012. Disponible en: <<http://epianalysis.wordpress.com/2012/06/26/nutritiontreaty/>>. Accès: Juin 01, 2016.

⁸⁰DENTICO, Nicoletta; FORD, Nathan. The courage to change the rules: a proposal for an essential health R&D treaty. *PLoS Medicine*, v. 2, n. 2, 2005; WHO. An Essential Health and Biomedical R&D Treaty, 22 Juin 2011. Disponible en: <http://www.who.int/phi/news/phi_1_joint_submission_en.pdf>. Accès: Juin 01, 2016.

sonnes âgées⁸¹, maladies chroniques⁸², médicaments falsifiés⁸³, et même une convention cadre sur la santé mondiale au sens large⁸⁴. La question est donc de savoir si, au vu de la réussite, certes relative, de la CCLAT, d'autres conventions internationales devraient être adoptées. En tirant les leçons pertinentes de l'expérience de la CCLAT, il apparaît que cette dernière reste un exemple de réussite pour l'OMS dans la lutte mondiale contre le tabagisme dans le monde et qu'elle peut servir de modèle pour la mise en place d'autres instruments de portée internationale. D'une part, l'expérience de la CCLAT est utile afin de déterminer les facteurs nécessaires pour qu'un tel instrument soit possible et efficace: (a) être confronté à un enjeu de santé de dimension transnational, (b) justifier le besoin d'une réglementation contraignante, (c) offrir une chance raisonnable d'atteindre des résultats positifs et (d) être le meilleur mécanisme parmi l'ensemble des alternatives existantes⁸⁵. D'autre part, cette expérience permettra d'orienter et définir le contenu de ces instruments futurs notamment en matière de système de surveillance, de suivi et de contrôle de sa mise en œuvre, élément clef de son efficacité.

Cette décision néanmoins ne peut se faire dans la précipitation car la mise en place de Convention sous les auspices de l'OMS implique une réflexion temporelle longue et des ressources humaines et financières non négligeables, à court et à long terme. Les premières discussions doctrinales relatives à une convention pour la lutte antitabac ont débuté en 1992⁸⁶ pour aboutir plus de 10 ans après à son adoption. De même, une fois adoptée, une convention doit être gérée par l'OMS avec la mise en place d'un secrétariat à plein temps qui assure le suivi de la mise en œuvre de l'instrument juridique. Il s'agit donc d'un réel changement dans le fonctionnement de l'OMS qui est dominé par des professionnels de la santé⁸⁷.

Pour conclure, les dix années de mise en œuvre de la CCLAT ont démontré l'intérêt d'un instrument juridique contraignant de portée internationale: (a) pour la santé mondiale, (b) pour les systèmes juridiques nationaux (législatifs et judiciaires), (c) en tant que modèle pour les autres instruments à venir et (d) afin d'affirmer le rôle de l'OMS et renforcer le droit international de la santé.

⁸¹GOSTIN, Lawrence; GARSIA, Anna. Governing for health as the world grows older: healthy lifespans in aging societies. *Elder Law Journal*, v. 22, n. 1, p. 111-140, 2014.

⁸²GOSTIN, Lawrence. Non-communicable diseases: healthy living needs global governance. *Nature*, v. 511, n. 7508, p. 147-149, 2014.

⁸³FIGHTING fake drugs: the role of WHO and pharma (Editorial). *The Lancet*, v. 377, n. 9778, p. 1626, 2011.

⁸⁴GOSTIN, Lawrence. Meeting basic survival needs of the world's least healthy people towards a framework convention on global health, cit., p. 331-392.

⁸⁵HOFFMAN, Steven; ROTTINGEN, John-Arne. Assessing the expected impact of global health treaties: evidence from 90 quantitative evaluations. Government, law, and public health practice, cit.

⁸⁶TAYLOR, Allyn. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health, cit., p. 301-346.

⁸⁷OMS. *Ressources humaines: rapport annuel*, Rapport du Secrétariat Général, A66/36 du 14 mai 2013, Tableau 13 - Répartition des postes des catégories professionnelle et de rang supérieur selon les principaux groupes professionnels. Il y a actuellement seulement 0,1% d'économistes et 1,4% de juristes et 1,6% de spécialistes de sciences sociales au sein de l'effectif de l'OMS.

Ainsi, les leçons tirées par l'expérience de la CCLAT pourraient renforcer le mouvement juridique contraignant et permettre à la fonction normative de l'OMS venir à la rescousse de la santé mondiale. Dans ce contexte de réforme, l'OMS doit réfléchir à son avenir et se positionner dans l'échiquier international vis à vis de la santé publique. La fonction normative a un rôle central à jouer afin de renforcer l'OMS en tant qu'autorité normative de portée internationale dans le domaine de la santé mondiale. Cela passe par un effort de l'OMS et la communauté internationale afin de continuer ce travail normatif difficile mais essentiel dans d'autres domaines de la santé mondiale en tirant les leçons des difficultés rencontrées dans l'application de la CCLAT. Cette évolution normative permettrait ainsi à l'OMS et aux différents acteurs de la santé publique d'avancer ensemble afin d'atteindre l'objectif commun de la santé pour tous.

References

ALEXANDROWICZ, Charles Henry. *Law-making functions of the United Nations Specialized Agencies*. Sydney: Angus and Robertson; Association with the Australian Institute of International Affairs, 1973.

BASU, S. Should we propose a global nutrition treaty? 2012. Disponible en: <<https://epianalysis.wordpress.com/2012/06/26/nutritiontreaty/>>. Accès: Juin 01, 2016.

BEIGBEDER, Yves. *L'OMS en péril*. Paris: Éd. de Santé, 2011. (Coll. Balises).

_____. *L'Organisation mondiale de la santé*. Paris: PUF, 1997. (Que sais-je?).

_____. Les partenariats de l'Organisation mondiale de la santé. *Etudes internationales*, v. 41, n.2, p.223-251, 2010.

BERTHET, Etienne. L'Organisation mondiale de la Santé. *Etudes*, t 313, p. 53-68, avr. 1962.

BURCI, Gian Luca; VIGNES, Charles-Henri. *The World Health Organization*. Kluwer Law International, 2004.

CLIFT, Charles. What's the World Health Organization For? *Chatham House Report*, Mai 2014.

COMBACAU Jean; SUR Serge. *Droit international public*. 10. ed. Paris: Montchrestien-Lextenso, 2012. (Domat Collection).

_____; _____. *Droit international public*. 4. ed. Paris: LGDJ, 1999. (Domat Collection).

DEHAUSSY, Jacques. Travaux de la Commission du droit international des Nations Unies. *Annuaire français de droit international*, v. 9, 1963, p. 594-611, 1963.

_____; ASCENSIO Hervé. Actes unilatéraux et action normative des organisations internationales. *JurisClasseur droit international*, fasc. 14, 2008.

DENTICO, Nicoletta; FORD, Nathan. The courage to change the rules: a proposal for an essential health R&D treaty. *PLoS Medicine*, v. 2, n. 2, 2005.

FIDLER, David. The future of the World Health Organization: what role for international law? *Vanderbilt Journal of Transnational Law*, v. 31, 1998.

FIGHTING fake drugs: the role of WHO and pharma (Editorial). *The Lancet*, v. 377, n. 9778, 2011.

GOSTIN, Lawrence. *Global health law*. Harvard Press, 2013.

_____. Meeting basic survival needs of the world's least healthy people towards a framework convention on global health. Georgetown University. O'Neill Institute for national and Global Health Law Scholarship. Research paper n. 1, 2007. *The Georgetown Law Journal*, v. 96, n. 2, 2008. Disponible en: <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=fac_lectures>. Accès: Juin 01, 2016.

_____. Non-communicable diseases: healthy living needs global governance. *Nature*, v. 511, n. 7508, p. 147-149, 2014.

_____. GARSIA, Anna. Governing for health as the world grows older: healthy lifespans in aging societies. *Elder Law Journal*, v. 22, n. 1, p. 111-140, 2014.

HOFFMAN, Steven; ROTTINGEN, John-Arne. Assessing the expected impact of global health treaties: evidence from 90 quantitative evaluations. Government, law, and public health practice. *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 1, p. 26-40, Jan. 2015. 10.2105/AJPH.2014.302085.

_____; _____. Split WHO in two: strengthening political decision-making and securing independent scientific advice. *Public Health*, v. 128, n. 2, p.188-194, 2014. Disponible en: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350613002916>>. 10.1016/j.puhe.2013.08.021.

HOWARD-JONES Norman. The scientific background of the International Sanitary Conferences. History of international public health. *WHO Chronicle*, n. 1, 1974.

KICKBUSCH, Ilona; BONK, Mathias. Making the World Health Assembly fit for the 21st century. *British Medical Journal*, 2014. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4079>.

LEE, Kelley. Who should be doing what in international health: a confusion of mandates in the United Nations? *British Medical Journal*, 312, n. 7026, p. 302-307, 3 Févr. 1996. Disponible en: <<http://www.jstor.org/stable/29730530>>. Accès: Juin 01, 2016.

_____. FANG, Jennifer. *Historical dictionary of the World Health Organization*. 2nd ed. Lanham, MD: Scarecrow Press Inc., 2013.

LEWIN André; ANJAK Faez. Principes communs aux organisations internationales – Statut juridique. *JurisClasseur droit international*, fasc. 112/113, 12 Octobre 2000

LIBERMAN, Jonathan. Four COPs and counting: achievements, underachievements and looming challenges in the early life of the WHO FCTC Conference of the Parties. *Tobacco control*, v. 21, p. 215-220, 2012. Disponible en: <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/215.full.pdf+html>>. 10.1136/tobaccocontrol-2011-050232. Accès: Juin 01, 2016.

_____. The power of the WHO FCTC: understanding its legal status and weight. In: MITCHELL, Andrew; VOON, Tania (Eds.). *The global epidemic and the law*. UK: Edward Elgar, 2014.

_____. The WHO Framework Convention on Tobacco Control at 10: its power for global health and development in the 21st century. *Edward Elgar Blog*, août 2014. Disponible en: <<http://elgarblog.com/2014/08/05/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-at-10-its-power-for-global-health-and-development-in-the-21st-century-by-jonathan-liberman/>>.

MEIER, Benjamin. *The highest attainable standard: the World Health Organization, Global Health Governance, and the Contentious Politics of Human Rights*. Columbia University, 2009.

MERLE Marcel. Le pouvoir réglementaire des institutions internationales. *Annuaire Français de Droit International*, v. 4, n. 1, p. 341-360, 1958.

MONDIELLI, Eric. Etude 135: Organisations Internationales. *Lamy Droit de la Santé*, t. 1, p. 135-175, 2012.

_____. La prise en compte des normes OMS par le droit français. Actes du Colloques "Cinquantième de l'OMS", CERDES-AFDS. *Revue Général de Droit Médical*, n. 1, p. 87-116, 1999.

MORELLE Aquillino; TABUTEAU, Didier. *La santé publique*. Paris: PUF, 2015. (Que sais-je?).

MUGGLI, Monique et al. Tracking the relevance of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in legislation and litigation through the online resource, Tobacco Control Laws. *Tobacco Control*, n. 23, p. 457-460, 2014. Disponible en: <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/5/457.full.pdf+html?sid=b3b11949-bc6b-4c2d-8358-5e2a705e33ef>>. 10.1136/tobaccocontrol-2012-050854.

NIKOGOSIAN, Haik; SILVA Vera Luiza da Costa e. WHO's first global health treaty: 10 years in force. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 93, p. 211, Janv. 2015. Disponible en: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/93/4/15-154823/en/>>. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.15482>.

OMS. Implementation Database. Disponible en: <<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>>.

_____. *Les premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé*. 1958.

_____. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac: résumé – Rapport du Secrétariat de la Convention, FCTC/COP/6/5*, 25 Juin 2014.

OMS. *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme*, 2013.

_____. *Rapport sur les progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. 2013. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79620/1/9789242504651_fre.pdf>.

_____. *Réforme de l'OMS: vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme*. Rapport du Directeur général, A68/4, 8 mai 2015.

_____. *Ressources humaines: rapport annuel*, Rapport du Secrétariat Général, A66/36 du 14 mai 2013, Tableau 13 - Répartition des postes des catégories professionnelle et de rang supérieur selon les principaux groupes professionnels.

PAHO/WHO. *Tobacco: 10 years fighting a top killer in the Americas*, 4 Mars 2007.

RECORD, C. A framework convention on alcohol control. *The Lancet*, v. 370, n. 9593, p. 1102, Déc. 2007. Disponible en: <<http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2807%2961486-X.pdf>>. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61486-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61486-X).

RICHTER, Judith. Public-private partnerships for health: a trend with no alternatives? *Development*, v. 47, n. 2, p. 43-48, 2004. Disponible en: <<http://www.palgrave-journals.com/development/journal/v47/n2/pdf/1100043a.pdf>>. doi:10.1057/palgrave.development.1100043

SRIDHAR, Devi. Regulate alcohol for global health, *Nature*, v.482, 2012. Disponible en: <<http://www.nature.com/nature/journal/v482/n7385/full/482302a.html>>. 10.1038/482302a.

_____. Who sets the global health research agenda? The challenge of multi bi financing? *PLOS Medecine*, v. 9, n. 9, Sept. 2012. Disponible en: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001312.PDF>>. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001312>

TAYLOR, Allyn. An international regulatory strategy for global tobacco control. *Yale Journal of International Law*, v. 21, n. 2, p. 257-304, 1996.

TAYLOR, Allyn. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health. *Am J Law Med*, v. 18, n. 4, p. 301-346, 1992.

TAYLOR, Allyn; DHILLON, Ibadat. An international legal strategy for alcohol control: not a framework convention--at least not yet. *Addiction*. v. 108, n. 3, p. 450-455, Mar. 2013. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03919.x/epdf>>. 10.1111/j.1360-0443.2012.03919.x

TAYLOR, Allyn et al. Leveraging non-binding instruments for global health governance: reflections from the Global AIDS reporting mechanism for WHO reform, *Public Health*, v.128, n. 2, p. 151-160, Febr. 2014. Disponible en: <http://ac.els-cdn.com/S0033350613002928/1-s2.0-S0033350613002928-main.pdf?_tid=5447b0be-0337-11e6-91cc-00000aacb361&acdnat=1460744865_d02db999fd7259bdb00a41f84ef19304>. 10.1016/j.puhe.2013.08.022.

URGENTLY needed: a framework convention for obesity control (Editorial). *The Lancet*, v.378, n. 9793, p. 741, Août 2011. 10.1016/S0140-6736(11)61356-1.

VAN DE PAS, Remco; VAN SCHAİK, L. G. Democratizing the World Health Organization. *Public Health*, v. 128, n. 2, p. 195-201, Feb. 2014. doi: 10.1016/j.puhe.2013.08.023. Epub 2014 Jan 10.

VIGNES, Charles-Henri. Questions juridiques intéressant l'Organisation mondiale de la Santé. *Annuaire français du droit international*, v. 9, n. 1, p. 627-638, 1963. Disponible en: <http://www.persee.fr/doc/afdi_0066-3085_1963_num_9_1_1050>.

VIRALLY Michel. La valeur juridique des recommandations des organisations internationales. *Annuaire français de droit international*, v. 2, p. 66-96, 1956. Disponible en: <http://www.persee.fr/doc/afdi_0066-3085_1956_num_2_1_1226>.

WHO. *10th Anniversary of the WHO Framework Convention on Tobacco Control – Saving Lives for a decade*, 2015.

_____. An Essential Health and Biomedical R&D Treaty, 22 Juin 2011. Disponible en: <http://www.who.int/phi/news/phi_1_joint_submission_en.pdf>.

_____. *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*. Disponible en: <<http://www.who.int/fctc/protocol/fr/>>.

YACH, Derek. The WHO FCTC at 10: progress has been mixed, *FCTC Opinion*, 2015. Disponible en: <<http://www.fctc.org/fca-news/opinion-pieces/1283-derek-yach>>.

Florian Kastler – Doctorant contractuel en droit international de la santé. Chargé d'enseignements en droit constitutionnel, Institut Droit et Santé de l'Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité. Co-tutelle avec l'Institut de la Santé, Université de Neuchâtel. Membre du réseau doctoral de l'Ecole des hautes études en santé publique. Paris, France. E-mail: florian.kastler@gmail.com.